

Giấy cho Phép cho các Dịch vụ Nha khoa Miễn phí

Tại trường học của con quý vị, con quý vị có thể khám nha khoa miễn phí, trám bít răng và đánh răng bằng fluoride. Các dịch vụ này được thực hiện bởi các chuyên gia chăm sóc nha khoa và sẽ giúp ngăn ngừa sâu răng.

Tên của Trẻ: _____ (Họ) (Tên) (Tên Thường gọi)
Ngày sinh của Trẻ (mm/dd/yy): ____ / ____ / ____ Giáo viên: _____ Lớp: _____
Trường: _____

Đánh dấu **MỘT** bên dưới để đăng ký dịch vụ miễn phí này:

- Có, để sàng lọc, trám bít và sử dụng fluoride
 - Có, để sàng lọc và trám bít
 - Có, để sàng lọc và sử dụng fluoride
 - Có, chỉ để sàng lọc
- * GHI CHÚ: Nếu nhiều hơn một ô "có" được đánh dấu, tất cả các dịch vụ đã được chấp thuận sẽ được cung cấp.
- KHÔNG**, không cung cấp bất kỳ dịch vụ nha khoa nào cho con tôi

Thông tin Liên hệ	
Phụ huynh/Người giám hộ:	Ngôn ngữ Ưu tiên:
Số điện thoại tốt nhất để liên lạc với quý vị:	Cho phép Nhắn tin: <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Địa chỉ email:	
Địa chỉ gửi thư:	

Vui lòng cung cấp thông tin sau để chúng tôi có thể phục vụ con quý vị tốt hơn:

Con tôi đang dùng (liệt kê các loại thuốc):	Không có: <input type="checkbox"/>
Con tôi bị dị ứng với:	Không có: <input type="checkbox"/>
Bất kỳ vấn đề y tế hiện tại nào:	Không có: <input type="checkbox"/>
Bất kỳ cân nhắc nào về hành vi:	Không có: <input type="checkbox"/>
Thông tin khác để giúp chúng tôi phục vụ con quý vị tốt hơn:	Không có: <input type="checkbox"/>

Vui lòng hoàn thành phần bên dưới. Quý vị sẽ không nhận được hóa đơn.

Bảo hiểm Sức khỏe: <input type="checkbox"/> Chương trình Bảo hiểm Y tế của Oregon (OHP) / Số ID Medicaid _____ <input type="checkbox"/> Công ty bảo hiểm nha khoa tư nhân _____ <input type="checkbox"/> Không có bảo hiểm sức khỏe	Các dịch vụ này là MIỄN PHÍ!
Với tư cách là phụ huynh/người giám hộ hợp pháp, tôi đồng ý cho phép tiết lộ và chia sẻ thông tin trong thời gian 24 tháng, bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân, giữa nhân viên trám răng, nhân viên trường học, hãng bảo hiểm, nha sĩ của trẻ, Tổ chức Chăm sóc Phối hợp hiện hành, và/hoặc Tổ chức Chăm sóc Nha khoa trong hồ sơ. Tôi đã nhận được một bản sao của "Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư", cũng có sẵn trên trang web của Cơ quan Sức khỏe Răng miệng Cộng đồng All Smiles AllSmilesCOH.org/forms . Tôi hiểu rằng một sinh viên nha khoa được một chuyên gia có giấy phép giám sát chặt chẽ có thể cung cấp dịch vụ điều trị.	
Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ: _____	Ngày: _____